



# Mortalidade Infantil

Análise  
6ª Regional de Saúde  
2017  
(Referente a 2016)

# Maiores frequência de eventos (total 37 – infantil e fetal)



- Mãe com idade inferior a 20 anos (9)
- Profissão do lar ou agricultora (15), residente no interior (7)
- Escolaridade ensino fundamental e médio (25)
- Renda familiar abaixo de 2 SM (12)
- Tabagismo (7)
- História de óbito infantil ou fetal anterior (11)
- Incidência de ITU na gestação (11)
- Falta de referência para o alto risco (7)
- 1ª consulta de pré-natal após 12 semanas (7)
- Multiparidade (4) e gemelaridade (2)

# Fatores evitáveis



- Tratamento de ITU sem registro ou controle conforme recomendações da FEBRASGO (10)
- Falha na valorização precoce de alterações de PA e peso ou glicemia (3)
- Falha ou atraso na realização dos exames de pré-natal (4)
- Carteirinha da gestante ou da criança com dados incompletos ou não preenchidos (5)

# Fatores evitáveis



- Falha nas orientações sobre cuidados com o recém-nato ou lactente (6)
- Falha nas orientações sobre cuidados na gestação e sinais de alarme (1)
- Período sem acompanhamento domiciliar (ACS e equipe) (3)
- Falha na identificação ou referência para alto-risco da mãe (7) ou criança (2)

# Fatores evitáveis



- Falta de acompanhamento da criança de risco (2)
- 1ª consulta após 12 semanas (7)
- Falha no seguimento do protocolo para sífilis (3)
- Falha no seguimento do protocolo para toxoplasmose (1)
- Atraso nos agendamentos das consultas de pré-natal e puericultura (2)
- Demora no diagnóstico e conduta no internamento hospitalar (2)

# Fatores evitáveis



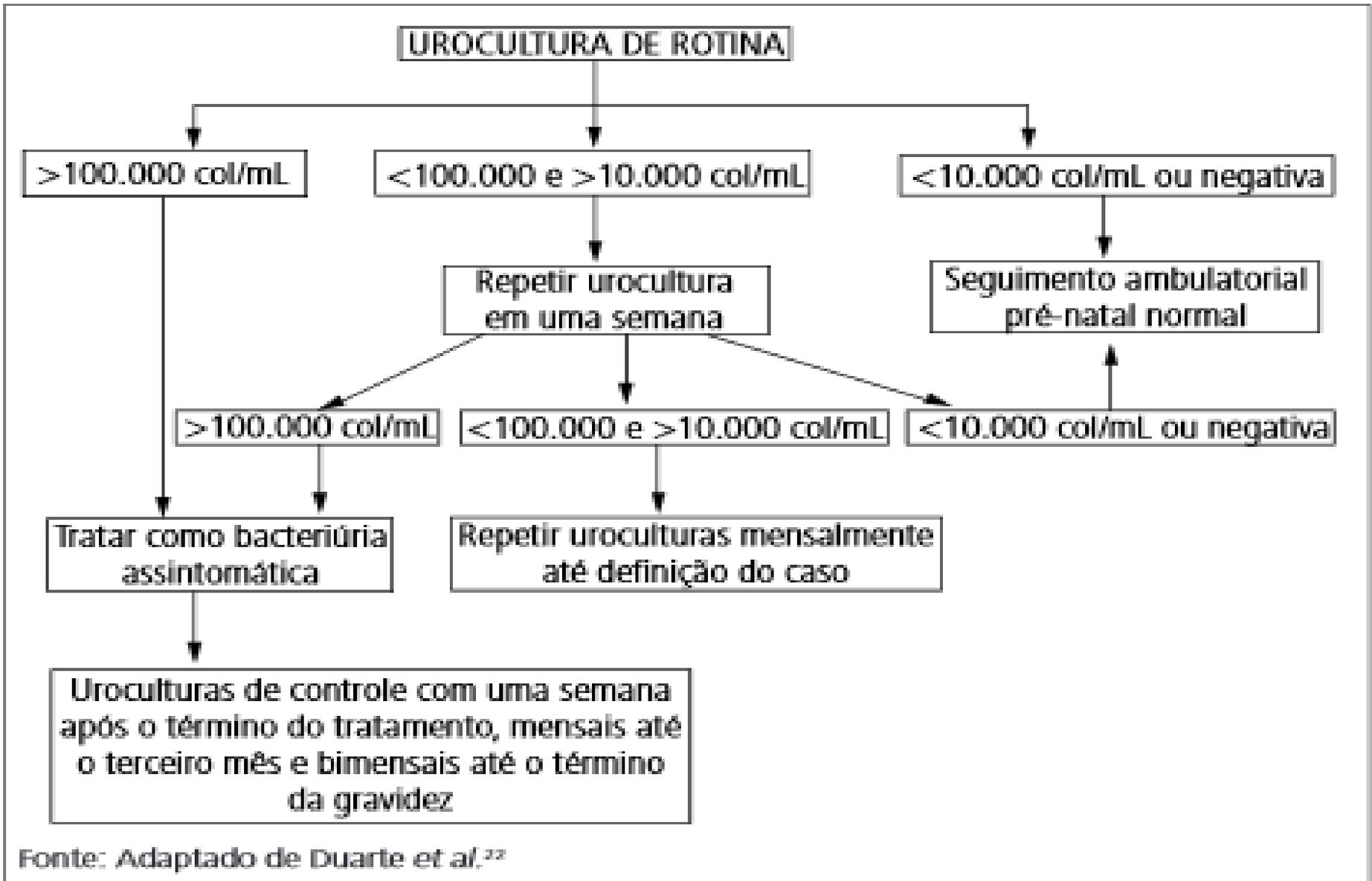
- Falta de pediatra ou médico capacitado para atendimento ao parto e ao RN (2)
- Falha nos registros do prontuário hospitalar (4)
- Falha na transferência hospitalar para referência de alto-risco (1)
- Falta de busca ativa ou referência para outro município em caso de mudança de endereço (1)
- Falha no seguimento de protocolos hospitalares (exames HIV e sífilis)

# Óbitos teoricamente não evitáveis

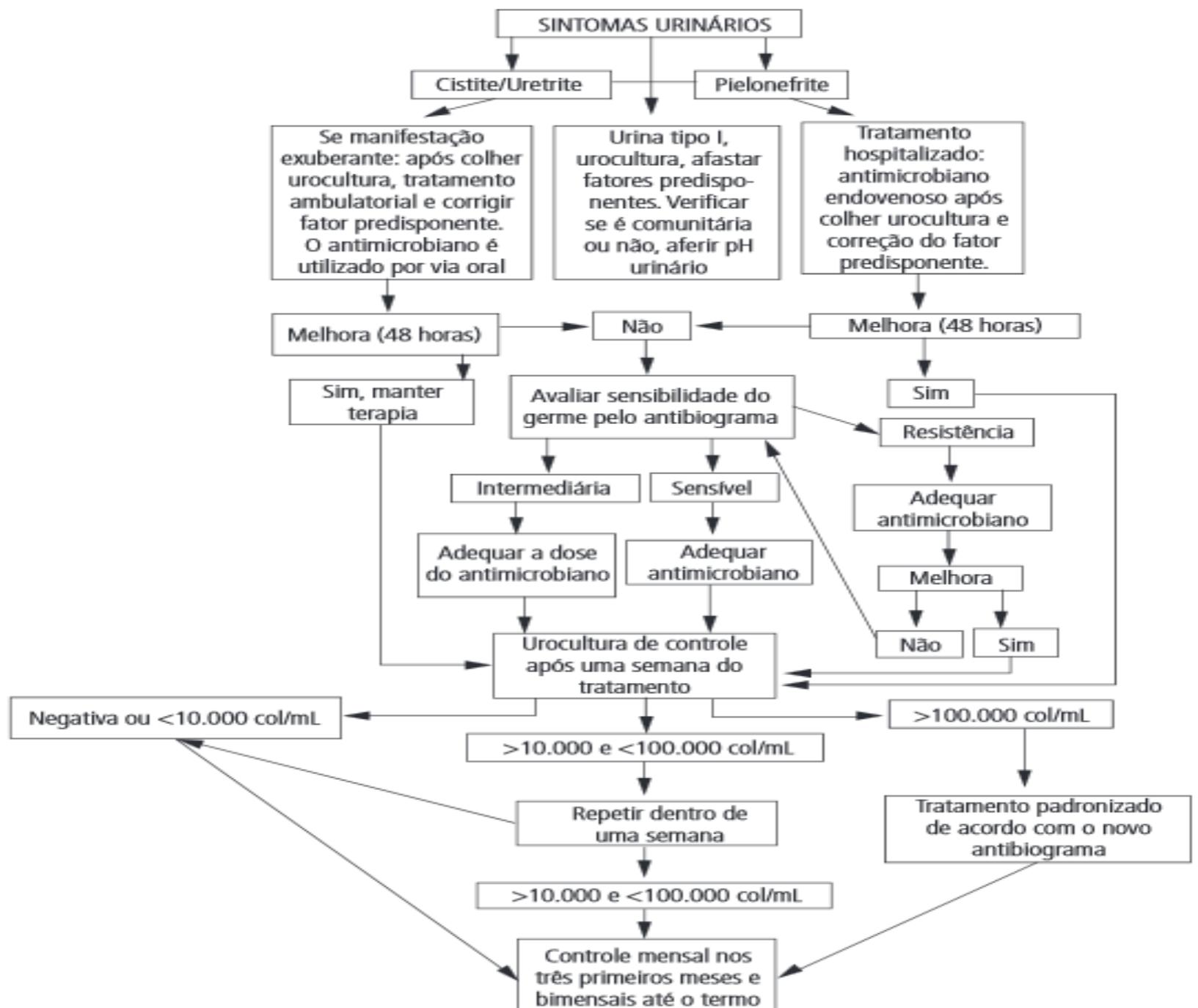


- Malformações e alterações cromossômicas:
  - 5 casos;
  - 1 caso suspeito mas não confirmado.

# Recomendações



**Fluxograma 1 - Conduta na bacteriúria assintomática.**





- Diagnóstico precoce e acurado de DHEG com cuidado especial ao ganho de peso e alterações iniciais da PA.
- Encaminhamento precoce para o alto risco
- Importância do acompanhamento do ACS e restante da equipe da AB, mesmo nos casos referenciados para alto risco ou obstetra.
- Importância do acompanhamento da saúde bucal na prevenção da prematuridade e DHEG
- Nos casos de sorologia negativa para Toxoplasmose, cogitar acompanhamento mais freqüente do IgM para detectar precocemente uma virada sorológica



- Pré-natal de alto risco é apoio para a AB, mas a gestante continua na ab para acompanhamento. Por isso é importante a contra-referência.
- A referência para o alto risco facilita a vinculação para a APMI
- A gestante é estratificada para o risco na 1ª consulta, devendo ser reavaliada a cada consulta subsequente, para melhor vinculação.
- A estratificação como risco intermediário apenas sinaliza a necessidade de **maior atenção** durante o pré-natal. Se for bem acompanhada não precisa ser vinculada ao alto risco. Se apresentar qualquer patologia associada, deve ser vinculada ao alto risco.

- Tabagismo materno – responsabilização e encaminhamento para cessação do tabagismo.
- Atenção ao aumento de casos de sífilis na população e sífilis congênita, esta última sendo responsabilidade da ab.

**SEGUIR O PROTOCOLO DE SEGUIMENTO  
DA EPIDEMIOLOGIA DA 6ª RS.**

# ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE SÍFILIS CONGÊNITA

- Todo recém-nascido cuja mãe é soropositiva deve ser acompanhado por **pelo menos 2 anos.**
- **RN tratado no período neonatal :**
- VDRL com 2, 4, 6, 9, 12, 15 e 18 meses (**até negativar - 2 exames**),
- FTA-Abs após 18 meses
- Líquor de 6/6 meses se neurosífilis.

# ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE SÍFILIS CONGÊNITA



- O tratamento é considerado adequado quando há queda dos títulos da sorologia nos primeiros 4 meses, torna-se negativo entre 6 meses e 2 anos e o líquido apresenta-se normal aos dois anos.
- Acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico 6/6 meses até 2 anos de idade.

- RN que **não** apresentou critérios diagnósticos e **não** tratado no período neonatal: devem-se coletar os seguintes exames:
  - VDRL com 1, 2, 4, 6 e 12 meses de idade até teste negativo, e
  - FTA- ABs IgG com 18 meses.
- Caso o título do VDRL caia nos primeiros 4 meses, negativo no sexto mês e teste treponêmico (teste rápido) negativo com 12 meses, considera-se que o lactente não foi afetado. Caso contrário, deve-se proceder com reavaliação diagnóstica e tratamento adequado.

- Em recém-nascidos sintomáticos adequadamente tratados no período neonatal, as manifestações clínicas resolvem-se em três meses.
- Nesses recém-nascidos, os testes reagínicos devem declinar até a idade de 4 meses e negativar em até 6 meses.
- No entanto, a resposta sorológica pode ser mais lenta em crianças tratadas após o período neonatal.
- Títulos estáveis ou que mostrem elevação (de quatro vezes) sugerem falha terapêutica e a criança deve ser reavaliada e tratada.

# Observação

- LEMBRAR QUE, APÓS O ÓBITO FETAL OU INFANTIL, O ATENDIMENTO À MÃE NÃO SE ENCERROU, SENDO NECESSÁRIO O SEGUIMENTO CLÍNICO PARA **TRATAMENTO, INVESTIGAÇÃO** OU **CONTRACEPÇÃO** MAIS EFETIVA

# Medidas sociais:

- Ações conjuntas com Assistência Social
- Programas de melhoria de renda
- Programas de acesso escolar
- Ações conjuntas com a Educação para prevenção da gravidez na adolescência e do abandono escolar das gestantes adolescentes



**OBRIGADA!**